

**APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE**  
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)  
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : 8/1085/8823  
आवेदन संख्या :

APPLICATION DATE : 24/10/25  
आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : Kalegowda  
आवेदक का नाम

AGE-YEARS (वर्ष-वर्ष) : 61  
SEX (लिंग) : M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : S/O Choudegowda  
पिता/कन्या का नाम



Pre op post op  
8823-Kalegowda

PRESENT RESIDENCE ADDRESS :  
Bacchikoppalu (cv) Bramhadavara halli  
Nagumangala (cv) Mandya (cv) Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS :  
[Blank]

OCCUPATION : Coolie  
व्यवसाय

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : 13000  
कुल वार्षिक आय

(Attach Proof of Income)  
(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. [Blank]  
ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):  
आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगावे) Yes / No हाँ / नहीं

**FAMILY DETAILS परिवार विवरण**

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध
1	Bacchamma	50	F	wife
2	Santhosh	29	M	son

**BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)**  
सहायता के लिए किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आधार वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्य कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	---

**"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:**  
सहायता हेतु किये गये बिच्छी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से कारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Diagnosis: [Blank] RE- [Blank] LE- [Blank]
2	Surgery RE- [Blank] + PUDL

**ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES**  
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया हो

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कौी गई सहायता राशी

**DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पर:**

- I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
  - I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance was requested by me.
  - I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस फॉर्म में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सच नहीं मान्य पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।  
 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउन्डेशन", से जो मदद मिलेगी, उसका उपयोग इस उद्देश्य को पूर्ण करने के लिए किया जाएगा, जो इस फॉर्म में बताया गया है।  
 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं किसी भी अन्य स्रोत/एम्प्लॉयर/इंश्योरेंस कंपनी से न तो पैसा ले और न ही भविष्य में लूँगा।

**AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)**

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but not limited to verbal, print, electronic, for soliciting donations for Koshika Foundation and/or disseminating information about it's activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfillment of the "purpose" for which assistance is being requested.
  - I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision is in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस फॉर्म पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे की छाप लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहायता को स्वीकार करता हूँ एवं "कोशिका फाउन्डेशन और उसके ट्रस्टी" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस फॉर्म में घोषित हैं, उसे "कोशिका" द्वारा, या, यात्रा-व्यय, दवा, चिकित्सा या अन्य उद्देश्य से मुझे वित्तिय सहायता और उपकरणों के लिए किसी भी प्रकार सहायता से प्राप्त करने के लिए अधिकृत है। मेरे फॉर्म का विवरण मेरे इलाज के खर्च या कर में करने के लिए "कोशिका फाउन्डेशन" से प्राप्त अधिकृत है।  
 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कि सहायता के उद्देश्य से प्रसारित है मुझे पता; सहायता का इस्तेमाल नहीं करता। इस सम्बंध में "कोशिका" द्वारा उक्त उद्देश्य के निम्न अंतिम और सहायकारी होगा।

**APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :**

आवेदक के हस्ताक्षर या बायाँ हाथ की छाप



**AGREEMENT by HOSPITAL (हस्पताल द्वारा करार)**

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

- that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is not granted by Koshika Foundation, in part or in full, then the Hospital reserves it's right to make up the shortfall from another NGO or any other source. This confirmation essentially states that the Hospital will not avail any duplicate assistance for the same patient/case from any other NGO or any other source.
- The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the patient, is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will assume sole & complete responsibility of the treatment & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इसमें अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से आगे/पेछे/पेछे "कोशिका फाउन्डेशन" से वित्तिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।  
 1) वह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में वित्तिय सहायता किसी भी सहायकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/रोगी के लिए या ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्डेशन" से सिफारिश/पेछे उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु किया है। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता किसी अतिरिक्त/सकल हेतु प्रस्तुत नहीं किया जाता है तो हमें सहायता किसी अन्य सहायकारी संस्था या किसी अन्य सहायकारी संस्था से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि हमें सहायता हेतु उक्त रोगी/रोगी हेतु किसी भी सहायकारी संस्था या किसी अन्य सहायकारी संस्था से नहीं लेंगे/लेगी।  
 2. "कोशिका फाउन्डेशन" से जो मदद सहायता केवल वित्तिय प्रकृति की है। रोगी या हस्पताल द्वारा ही वह सहायता या बिना गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज प्रक्रिया और अन्य चीजों की सही जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" को कोई भी भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

**RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE**

स्वीकृती के लिए संस्तुति

*Dr. PREETI. B.K.*  
 M.B.B.S. & F.G.O. F.P.O.S  
 Speciall Doctor and Padiatric  
 Gynaecology  
 (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp)  
 डॉक्टर का नाम व इलाज का स्थान

*Mr. LAKSHMIPATHI N*  
 Senior Manager  
 OUTREACH BANGALORE  
 (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)  
 इस से पर हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी  
 Bangalore-52

Date of Surgery  
 ऑपरेशन की तारीख  
 24/10/24

**FOR INTERNAL USE OF KOSHIKA FOUNDATION**

आन्तरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1  
 न्यायी हस्ताक्षर 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2  
 न्यायी हस्ताक्षर 2

*[Signature]*

*[Signature]*